Conseil des affaires sociales et de la famille

Rapport
annuel
1984-1985

Québec

Conseil des affaires sociales et de la famille

Rapport annuel 1984-1985

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par
le Conseil des affaires sociales et de la famille

Cette édition a été produite par
la Direction générale
des publications gouvernementales

Dépôt légal — 4e trimestre 1985
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-09424-0
ISSN 0226-4323

© Gouvernement du Québec

Monsieur Richard Guay
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter, en conformité avec l'article 17 de la Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille (L.R.Q., c. C-57), le rapport d'activités de cet organisme pour l'année financière terminée le 31 mars 1985.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'assurance de mon profond respect.

Le ministre des Affaires sociales,

Guy Chevrette

Québec, juin 1985

Monsieur Guy Chevrette
Ministre des Affaires sociales
1075, chemin Sainte-Foy
Québec

Monsieur le Ministre,

Je vous transmets, en conformité avec l'article 17 de la Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille, le rapport de nos activités pour l'année financière 1984-1985. Ce rapport contient également une rétrospective des cinq (5) dernières années ainsi qu'un aperçu des activités prévues pour 1986.

Je vous saurais gré, et vous en remercie à l'avance, de bien vouloir communiquer ce rapport annuel à l'Assemblée nationale, ainsi que le requiert la loi instituant le présent Conseil.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

La présidente du Conseil des
affaires sociales et de la famille,

Madeleine Blanchet

Sillery, juin 1985

Table des matières

Chapitre I
Le Conseil des affaires sociales et de la famille 9

1.1 L'organisme 9

1.2 Le mandat 9

1.3 Les membres du Conseil 9

1.4 Le fonctionnement 12

1.5 Le budget en 1984-1985 13

Chapitre II
Les activités du Conseil 15

2.1 Rétrospective 15

2.1.1 La famille 15

2.1.2 L'humanisation des soins 16

2.1.3 La santé 16

2.2 Les activités du Conseil en 1984-1985 17

2.2.1 La consultation sur la politique familiale 17

2.2.2 La promotion de la santé 17

Chapitre III
Les réalisations du Conseil en 1984-1985 19

3.1 *Investir dans les enfants*: un mémoire concernant la politique familiale 19

3.2 Études et recherches ayant trait à la promotion de la santé 19

3.2.1 *Essai sur les médecines nouvelles et les thérapies alternatives* 19

3.2.2 *Le déclin de la mortalité néonatale au Québec entre 1973 et 1983* 20

3.2.3 *Le point sur les habitudes de vie: le tabac. Données québécoises* 21

3.2.4 *Une analyse multivariée de l'influence de l'environnement socio-économique sur la santé* 22

3.2.5 *L'impact économique de la maladie au Québec* 23

3.2.6 *Objectif: santé* 24

3.2.7 *Le virage santélogique, scénario pour l'an 2000* 26

3.3 *Réflexion sur le phénomène de la douleur chronique* 26

3.4 *Étude de l'influence de la situation socio-économique des jeunes sur leurs modes de vie* 27

3.5 Études en cours 27

Chapitre IV
Les relations avec la communauté 29

4.1 *Objectif: santé:* pour une clientèle avertie 29

4.2 *Le virage santélogique:* pour un vaste public 30

4.3 Les activités publiques de la présidente 30

Annexe
Liste des publications et documents audiovisuels 33

Chapitre I
Le Conseil des affaires sociales et de la famille

1.1 L'organisme

Créé en décembre 1970, par la sanction de sa loi constitutive (L.R.Q., c. C-43), le Conseil des affaires sociales et de la famille relève du ministre des Affaires sociales et du ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu. Depuis 1977, année de l'entrée en vigueur des *Lois refondues*, il est régi par la Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille (L.R.Q., c. C-57).

L'organigramme ci-dessous, dressé à partir de la structure administrative du ministère des Affaires sociales, situe le Conseil par rapport aux autres organismes qui dépendent du ministre.

En plus du Conseil des affaires sociales et de la famille, on retrouve:

— la Corporation d'hébergement du Québec;

— le Fonds de la recherche en santé du Québec;

— la Régie de l'assurance-maladie du Québec;

— le Conseil consultatif de pharmacologie;

— le Comité de la santé mentale du Québec.

Tout récemment s'est ajouté le Conseil Québécois de la recherche sociale.

1.2 Le mandat

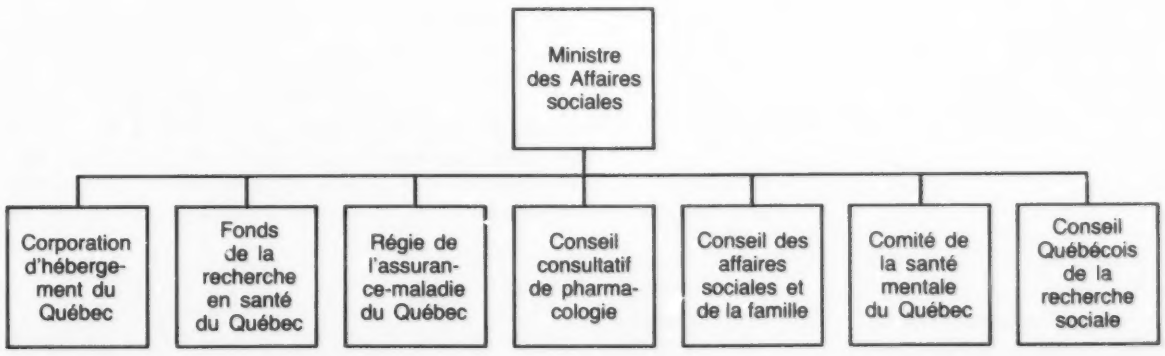
Le Conseil des affaires sociales et de la famille est un organisme d'étude et de consultation sur l'ensemble des questions qui touchent les affaires sociales et la famille.

Il peut, avec l'approbation du ministre des Affaires sociales ou du ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, selon le cas, entreprendre l'étude de toute question relative aux affaires sociales et à la famille dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'aide, des allocations et des assurances sociales. Il peut effectuer lui-même ou faire effectuer par un autre les recherches qu'il juge utiles ou nécessaires. Il peut aussi recevoir et entendre les requêtes et suggestions des individus et des groupes, sur toute question relevant de sa compétence. Le Conseil doit communiquer au ministre les constatations qu'il a faites et les conclusions auxquelles il est arrivé. Le ministre est tenu de rendre ses études publiques.

Le Conseil peut aussi recevoir une demande d'avis de la part du ministre des Affaires sociales ou du ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu sur toute question que l'un ou l'autre juge bon de lui soumettre. Il doit aussi saisir les ministres concernés de tout problème ou de toute question de nature à nécessiter une étude ou une action de la part de ces ministères.

1.3 Les membres du Conseil

Outre la présidente, le Conseil se compose de 15 membres nommés par le gouvernement, sur la recommandation conjointe du ministre des Affaires sociales et du ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu. Les membres sont choisis parmi



les personnes recommandées par les associations et les groupes représentatifs du domaine de la santé, des services sociaux, des associations familiales, des groupes socio-économiques importants, des organismes syndicaux et des milieux universitaires. La durée du mandat des membres du Conseil est d'au plus quatre ans et celui de la présidente (ou du président), d'au plus dix ans. Ce mandat ne peut être renouvelé, consécutivement, qu'une seule fois.

Sont membres d'office, le sous-ministre des Affaires sociales ou son délégué, le président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie ou son délégué, le président de la Régie des rentes du Québec ou son délégué, le sous-ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu ou son délégué. Ceux-ci n'ont cependant pas droit de vote.

Au cours de la présente année, M. Jean-Claude Deschênes, sous-ministre des Affaires sociales, a désigné M. Simon Caron comme délégué, en remplacement de Mme Micheline Blache-Gadbois. Pour sa part, M. Pierre Sarault, sous-ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu a désigné Mme Jo-Ann Bellware en remplacement de M. Denis Fugère.

Les membres du Conseil des affaires sociales et de la famille

Secteur représenté	Noms	Nomination[1]	Lieu de résidence
(Présidente)	Mme Madeleine Blanchet	1980	Saint-Nicolas
Santé	M. Jacques Brunet	1984	Québec
	Mme Monique Gratton-Amyot	1980	Montréal
	M. Robert Maguire	1984	Rimouski
Services sociaux	M. Georges Robitaille	1978	Sillery
	Poste vacant		
(Vice-président)	M. Jacques Jobin	1980	Montréal
Milieux universitaires	Mme Karen Messing	1984	Montréal
	M. Jean Rochon	1984	Québec
	M. Rémy Trudel	1984	Rouyn
Associations familiales	Mme Solange Fernet-Gervais	1978	Hérouxville
	M. Jacques Lizée	1975	Montréal
Groupes socio-économiques	Mme Madeleine Moranville	1980	Baie-Comeau
	M. Guy Dion	1980	Chicoutimi
Organismes syndicaux	Poste vacant		
	Poste vacant		
Membres d'office	M. Jean-Claude Deschênes Sous-ministre Ministère des Affaires sociales Déléguée: Mme Micheline Blache-Gadbois remplacée par M. Simon Caron		
	M. J.-Auguste Mockle Président-directeur général Régie de l'assurance-maladie du Québec		
	M. Claude Legault Président Régie des rentes du Québec Délégué: M. Jean-Yves Uhel, vice-président		
	M. Pierre Sarault Sous-ministre Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu Délégué: M. Denis Fugère remplacé par Mme Jo-Ann Bellware		
Attaché d'administration et Secrétaire par intérim	M. Louis Blanchet		

1 Les membres du Conseil demeurent en fonction, nonobstant l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

Mme Madeleine Blanchet
Présidente

Médecin épidémiologue, madame Madeleine Blanchet est présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille depuis juillet 1980.

Titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université Laval, d'un diplôme en santé publique de l'Université de Montréal et d'une maîtrise ès sciences de l'école de santé publique de Harvard (Boston), madame Blanchet a fait carrière au sein de plusieurs organismes publics et parapublics et d'institutions d'enseignement.

Elle a été successivement directrice médicale du Service de santé d'Hochelaga, chargée de cours à l'école de santé publique de l'Université de Montréal puis à la faculté de médecine de l'Université Laval, où comme chargée de cours elle met son expérience au profit de cette institution pendant dix années. D'abord consultante en épidémiologie pour la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay — Nepveu), elle agit ensuite à titre de coordonnatrice de l'enquête Nutrition-Canada, pour le compte du Québec.

Devenue directrice des études épidémiologiques au ministère des Affaires sociales, en 1972, elle accède, huit années plus tard, à la présidence du Conseil des affaires sociales et de la famille.

Madame Blanchet a réalisé des travaux portant sur l'état de santé de la population et sur les politiques préventives, notamment dans le domaine de la nutrition et de la santé maternelle et infantile. Par surcroît, elle est l'auteure de plusieurs rapports, articles et conférences ayant trait à la santé.

La présidente dirige les activités du Conseil et en coordonne les travaux; elle assure la liaison entre le Conseil et le ministre des Affaires sociales ou le ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, selon le cas.

Monsieur Jacques Jobin
Vice-président

Monsieur Jacques Jobin est directeur général de Jeunesse Canada Monde. Il avait auparavant occupé la même fonction au sein des Centres locaux de services communautaires de la vallée de la Lièvre et du Richelieu. Il a aussi été président de la Fédération des C.L.S.C. du Québec. Monsieur Jobin a participé à l'élaboration du rapport *Objectif: santé* et du dossier concernant les jeunes.

Monsieur Guy Dion

Monsieur Guy Dion est optométriste. Il est membre du Conseil d'administration de l'hôpital de Chicoutimi et du Centre de prévention du suicide du Saguenay.

Madame Solange Fernet-Gervais

Madame Fernet-Gervais collabore avec son mari et ses enfants à une entreprise agricole. Elle est directrice-fondatrice du Centre d'actions bénévoles Normandie (Saint-Tite). Elle a été présidente générale de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS) et vice-présidente de l'Association des femmes collaboratrices (A.D.F.C.). Elle a participé au Comité sur la famille de même qu'à la diffusion du *Virage santélogique*.

Madame Monique Gratton-Amyot

Le docteur Gratton-Amyot, ex-directrice des services professionnels des centres hospitaliers Notre-Dame et Sainte-Justine de Montréal, est commissaire à la Commission des affaires sociales.

Monsieur Jacques Brunet

Auparavant sous-ministre des Affaires sociales, le docteur Brunet cumule les fonctions de professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval et de directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL). Monsieur Brunet a présidé le groupe de travail sur les stratégies de promotion de la santé et participé activement à la campagne de diffusion du rapport. Il a également publié des articles et prononcé plusieurs conférences ayant trait au système de santé.

Monsieur Jacques Lizée

Monsieur Jacques Lizée occupe la fonction de secrétaire général de la Fédération des unions de familles. Il assume également la vice-présidence de l'Union internationale des organismes familiaux (U.I.O.F.). Monsieur Lizée a pris part à certaines délibérations du groupe de travail sur la famille.

Monsieur Robert Maguire

Le docteur Robert Maguire est directeur du Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional de Rimouski, dont il a assumé l'implantation en 1974. Monsieur Maguire est très actif dans le domaine de la santé communautaire. Il a collaboré, avec l'Université du Québec à Rimouski entre autres, à divers travaux s'y rapportant. Il a de plus participé à la diffusion régionale du *Virage santélogique*.

Madame Karen Messing

Madame Karen Messing est membre du groupe de recherche en écologie du travail à l'Université du Québec à Montréal, où elle enseigne depuis 1976. Elle détient un doctorat en génétique de l'Université McGill et, depuis quelques années, elle s'intéresse particulièrement à l'influence des conditions de tra-

vail sur la santé des femmes et aux risques génétiques associés à l'exposition aux radiations ionisantes en milieu de travail. Elle a publié plusieurs articles sur ces sujets.

Madame Madeleine Moranville

Madame Madeleine Moranville était, jusqu'au mois de janvier 1982, présidente du Conseil d'administration du Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Elle est actuellement présidente du Conseil d'administration du Centre des ressources institutionnelles de la Côte-Nord. Madame Moranville a participé aux audiences concernant le *Livre vert sur la famille* et pris part au lancement régional du *Virage santélogique*.

Monsieur Georges Robitaille

Monsieur Georges Robitaille est directeur général de Centraide Québec. Il a présidé au cours de la dernière année, le Comité *ad hoc* sur la famille, constitué en vue de la production d'un mémoire devant être présenté lors de la consultation relative à la politique familiale. Ce mémoire fut publié en mai 1985 sous le titre: *Investir dans les enfants*.

Monsieur Jean Rochon

Le docteur Jean Rochon est doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval depuis 1979. Il a aussi été directeur du Département de médecine sociale et préventive de la même université et directeur du Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval. Il est membre du Conseil d'administration de plusieurs organismes internationaux et a été appelé en consultation par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) à maintes reprises. Il a fait partie du groupe de travail chargé d'examiner les stratégies de promotion de la santé.

Monsieur Rémy Trudel

Monsieur Rémy Trudel est actuellement recteur de l'Université du Québec en Abitibi–Témiscamingue. Il a été auparavant directeur du Département des sciences de l'éducation à la Direction des études universitaires de l'Ouest québécois (Rouyn) et adjoint au directeur des études et de la recherche au Centre d'études universitaires de Rouyn. Monsieur Trudel détient un doctorat en administration scolaire de l'Université d'Ottawa et a à son actif plusieurs publications scientifiques sur ce domaine. Il est, de plus, président du Comité du bilan scientifique et technologique en Abitibi–Témiscamingue et membre du Comité régional de développement de l'Abitibi–Témiscamingue.

1.4 Le fonctionnement

Le Conseil se réunit huit fois par année ou plus souvent si nécessaire. Il s'appuie, pour la réalisation des mandats qui lui sont confiés, sur un Secrétariat formé de personnel de la Fonction publique. Ce personnel voit à exécuter les études ou recherches pertinentes et à offrir le soutien professionnel et technique requis. Sous l'autorité de la présidente, le secrétaire général (poste actuellement vacant) agit à titre de secrétaire du Conseil et de ses comités et en administre le budget, le personnel et les ressources matérielles.

Le Secrétariat veille aussi à la formation et au développement des ressources humaines dans le cadre des politiques établies à cette fin par le ministère des Affaires sociales.

Au 31 mars 1985, le Secrétariat du Conseil était formé des personnes suivantes:

— M. Louis Blanchet
Attaché d'administration et secrétaire général par intérim

— Mme Aline Chèvrefils
Attachée d'administration

— M. Yvon Brunelle
Agent de recherche

— M. François Camirand
Agent de recherche

— Mme Sylvie Dillard
Agente de recherche

— Mme Madeleine Levasseur
Agente de recherche

— M. Laurent Roy
Agent de recherche

— Mme Danielle Saint-Laurent
Agente de recherche (contractuelle)

— Mme Claire Minguy
Agente d'information

— Mme Claire Larouche
Agente d'information

— M. Gilles Picard
Technicien en information

— Mme Chantal Desaulniers
Technicienne en documentation (occasionnelle)

— M. Gerard Donnelly
Agent de bureau

— Mme France-Hélène Falardeau
Employée de secrétariat

— Mme Pierrette Jacob
Employée de secrétariat

— Mme Solange L'Hérault
Employée de secrétariat

— Mme Josée Marquis
Employée de secrétariat

— Mme Linda Martel
Employée de secrétariat (occasionnelle)

— Mme Ginette Beaulieu
Journaliste scientifique (contractuelle)

Le Conseil peut aussi former des comités spéciaux pour l'étude de questions particulières. Ces comités sont chargés de recueillir les renseignements pertinents et de faire rapport au Conseil de leurs constatations et recommandations.

Avec l'approbation du ministre des Affaires sociales ou du ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu selon le cas, ces comités peuvent se composer, en totalité ou en partie, de personnes non membres du Conseil.

En 1984-1985, un comité spécial a été formé en vue de l'étude des questions relatives à la politique familiale. Le Comité chargé d'examiner les stratégies de promotion de la santé a tenu sa dernière réunion au cours de l'été 1984.

1.5 Le budget en 1984-1985

Les dépenses du Conseil des affaires sociales et de la famille apparaissent au budget du ministère des Affaires sociales. Les crédits accordés à cette fin, pour l'exercice 1984-1985, s'élèvent à 706 300 $, dont 81,9 % vont au traitement des employés permanents et contractuels.

Allocations budgétaires

Postes budgétaires	Budget $
Traitements (employés permanents)	578 000
Autres rémunérations (employés occasionnels)	5 000
Services de transport et de communication	30 000
Services professionnels, administratifs et autres	80 000
Entretien et réparation	1 000
Loyers	5 000
Fournitures et approvisionnement	4 300
Matériel et équipement	3 000
Autres dépenses	50
Total	**706 300**

Chapitre II
Les activités du Conseil

Reflet des travaux du CASF durant le dernier exercice financier, ce document rend également compte des diverses activités reliées à l'ensemble de la mission sociale de l'organisme et de ses préoccupations d'ordre économique, lesquelles se sont traduites par de multiples études et avis. Afin de donner un portrait global des actions du CASF dans ces différents domaines et de mieux situer ses plus récentes réalisations, le présent rapport présente un bilan d'activités portant principalement sur les cinq (5) dernières années.

Le Conseil a jugé utile de procéder à un tel examen en vue d'évaluer, dans la mesure du possible, l'impact de ses avis et études sur les décisions gouvernementales et sur celles du réseau des affaires sociales. Cette évaluation sera certes incomplète du fait que plusieurs des documents récents de l'organisme, tels *Objectif: santé* et *Le virage santélogique*, font actuellement l'objet d'une vaste diffusion. Des forums régionaux, inspirés des grands thèmes de ces ouvrages, seront en préparation au moment où s'effectuera le dépôt de ce rapport. Ces forums, dont la réalisation conjointe a été confiée par le ministre des Affaires sociales, au Conseil et à l'Association pour la santé publique du Québec, ont pour but de préciser les stratégies de promotion de la santé au Québec, pour la prochaine décennie. Ils marquent l'aboutissement des activités du Conseil dans le domaine de la promotion de la santé, lesquelles ont débuté à l'automne 1981 et devraient prendre fin au printemps 1987.

2.1 Rétrospective

Destiné à l'étude des questions sociales et de la famille, le Conseil s'attache, depuis les tout premiers instants de son existence, à l'identification des objectifs et priorités de la société québécoise. L'épanouissement de la famille est sa préoccupation première. À cela, viennent s'ajouter l'organisation et la surveillance de la qualité des services sociosanitaires et la question du revenu minimum garanti. Durant la seconde moitié des années soixante-dix, le Conseil s'est intéressé également au vieillissement du corps social, phénomène relié à la chute de la natalité. On a alors examiné de près les questions relatives à la fécondité et au contexte social favorisant ou non la naissance d'enfants. La famille a donc toujours été, pour le Conseil, un sujet de première importance. Au début des années quatre-vingt, sont abordés les thèmes de l'alimentation en milieu scolaire et de la consommation de médicaments dans la population en général.

Depuis 1981, les efforts de l'organisme convergent vers un objectif principal: la promotion de la santé comme mesure préventive et moyen de prise en charge de l'individu par lui-même. Bien que cette visée marque un tournant dans l'histoire du Conseil, elle s'inscrit dans la continuité de l'oeuvre de l'organisme. On peut donc distinguer, au fil des réalisations des cinq dernières années, que les activités du Conseil s'articulent autour de trois thèmes principaux: la promotion de la santé, la famille et l'humanisation des soins. Celui de la jeunesse, venu s'ajouter tout récemment, complète le cycle des grandes questions sociales abordées par le Conseil durant ses quinze années d'existence.

2.1.1 La famille

Préoccupé depuis sa création par la problématique de la famille, le Conseil a rempli divers mandats et pris certaines initiatives s'y rapportant. En 1978, par exemple, la publication d'études et d'un avis concernant *La situation des familles québécoises* amorce une démarche de réflexion sur la famille d'aujourd'hui. À cette occasion, le Conseil tente de donner une définition opérationnelle à cette entité et formule plusieurs recommandations en regard de ce qu'est l'institution familiale, des fonctions qu'on lui accorde, des systèmes qui lui sont complémentaires et du milieu familial lui-même.

L'année suivante, le Conseil veut approfondir sa réflexion et organise un colloque. Intitulé Naître au Québec, il est mis sur pied pour permettre aux personnes intéressées ou directement concernées par la vie des familles, la question de la natalité ou les conditions d'existence des parents et des enfants d'échanger leurs points de vue. Le Conseil charge ensuite les membres d'un comité spécial d'analyser le contenu de ce colloque pour en tirer des conclusions. *La natalité au Québec*, avis publié en 1980, présente les recommandations issues des discussions de ce comité. Ces recommandations portent principalement sur les rapports interpersonnels, l'amélioration des conditions de vie des familles, l'éducation et l'organisation des milieux de vie de façon à constituer des appuis efficaces à la natalité.

À l'été 1980, le ministre des Affaires sociales confie au Conseil le mandat de préparer les éléments de base d'une politique familiale. Afin de

mener cette tâche à bien. Ce dernier procède d'abord à un sondage auprès des mères venant d'accoucher, afin de connaître leur opinion sur la natalité et sur l'aide de l'État à la famille. Les résultats de l'enquête paraissent, en 1981, dans un document titré: *Concilier maternité et participation au monde du travail*. Par la suite, le Conseil fait l'inventaire des mesures et programmes gouvernementaux dédiés à la famille.

Enfin, un groupe de travail est constitué en vue de la production d'un avis ayant trait aux éléments de base et orientations d'une politique familiale. *La famille demain*, publié en 1982, retient comme assises d'une telle politique le respect de l'autonomie des familles et la prise en charge par celles-ci de leur devenir, le recours à la solidarité des familles, l'assurance de la neutralité des interventions de l'État et de la cohérence des politiques gouvernementales. On y privilégie certains champs d'application. Le développement d'une vie familiale harmonieuse et la sécurité financière des familles figurent parmi les principaux. Enfin, et surtout, le Conseil recommande que soit établie, au Québec, une véritable politique familiale. Cette recommandation est agréée par le gouvernement qui met au point, en 1984, un *Livre vert sur la famille*.

Le dépôt de ce document, effectué par monsieur Camille Laurin, ministre des Affaires sociales, donne lieu à une vaste consultation ouverte à la population en général et aux divers groupes et organismes. Afin d'attirer l'attention sur un point qu'il juge fondamental, la fiscalité, le Conseil décide, au début de l'année 1985, de la formation d'un comité chargé d'examiner la question et de formuler un avis. Paru en mai 1985, sous le titre *Investir dans les enfants*, le document présente diverses recommandations dont la nomination d'un ministre délégué à la famille et la création d'un comité spécial chargé de la rédaction de la politique familiale. Le gouvernement a agréé ces mesures et désigné monsieur Yves Beaumier comme titulaire du poste susmentionné. Le contenu de cet avis est repris à la section 3.1 de ce rapport.

2.1.2 L'humanisation des soins

Afin de sensibiliser les professionnels de la santé et le public en général aux problèmes des personnes les plus défavorisées de notre société, le Conseil, par sa propre initiative, a produit quelques études et avis relatifs à l'humanisation des soins de santé et des services sociaux.

Tel est le cas de *Mourir chez-soi*, avis publié en 1981, dont la visée première était de souligner l'attention particulière requise par les personnes atteintes de maladie incurable ou en phase terminale. Conscient de la nécessité de changer les mentalités vis-à-vis des mourants et du fait que cette responsabilité revient à la société tout entière et non seulement aux spécialistes, le Conseil suggère divers moyens par lesquels les différents intervenants et la population en général, peuvent aider les individus à mourir sinon chez-eux, du moins dans un endroit où ils se sentent aussi à l'aise.

En 1984, paraît *Le rêve éclaté*, avis ayant pour objet l'accueil réservé aux enfants qui naissent avec une déficience mentale ou physique. Le Conseil a voulu, par ce document, rendre les différents milieux plus sensibles à cette difficile réalité et appuyer les efforts de ceux et celles qui consacrent leur vie à faire en sorte que ces enfants atteignent le plus haut degré de maturité intellectuelle, affective et physique possible.

Pour conclure, au cours du dernier exercice financier, le Conseil s'est également penché sur la question de la douleur chronique, sujet d'importance et tout à fait d'actualité. Soucieux du bien-être physique et mental des individus et de l'amélioration de la qualité de vie, les membres considèrent essentiel le contrôle efficace de la douleur chronique. Un document issu de ses réflexions sur le sujet paraîtra à l'automne 1985. Les points saillants en sont relevés à la section 3.3 de ce rapport.

2.1.3 La santé

Lorsqu'en 1981, le ministre des Affaires sociales d'alors, M. Pierre-Marc Johnson, confie au Conseil le mandat d'examiner la question des stratégies de promotion de la santé, ce dernier distingue trois principaux volets.

Le premier consiste à dresser un bilan de la santé des Québécois et à mesurer les coûts de la détérioration de leur état de santé. Quatre publications, *Des victoires sur la mort*, *Durée ou qualité de la vie*, *Des problèmes prioritaires* et *Les coûts de la maladie*, regroupées dans la collection *La santé des Québécois*, donnent les résultats de cette démarche.

Le second volet, visant à approfondir le phénomène de la genèse des maladies, donne lieu à la production, en 1984-1985, de nombreuses études et analyses techniques, parmi lesquelles nous retrouvons: *L'impact économique de la maladie au Québec*, *Le point sur les habitudes de vie*, *Données québécoises* (tabac et alcool) et *Une analyse multivariée de l'influence de l'environnement socio-économique sur la santé*.

Enfin, le troisième volet porte sur la promotion de la santé proprement dite. Le Conseil s'attache alors à identifier les orientations susceptibles d'améliorer la santé de la population. Le rapport *Objectif: santé* (1984), destiné à un public averti, rend comp-

te de la démarche effectuée par le comité chargé d'examiner la question. Il est suivi, quelque temps plus tard, du *Virage santélogique, scénario pour l'an 2000*, un ouvrage de vulgarisation qui insiste sur la prévention et l'autonomie individuelle. Le lecteur trouvera une synthèse des documents parus en 1984-1985 à la section 3.2 du présent rapport.

2.2 Les activités du Conseil en 1984-1985

Au cours du dernier exercice financier, les efforts du Conseil ont principalement porté sur la promotion de la santé. Le dépôt d'un rapport sur la question marque l'aboutissement d'une démarche exploratoire ayant pour objectif d'identifier des stratégies en la matière. À cela est venue se greffer la préparation d'un avis concernant la famille, axé plus précisément sur les incidences fiscales d'une politique familiale.

2.2.1 La consultation sur la politique familiale

Au début de l'année 1985, le Conseil convient de la formation d'un comité chargé de l'élaboration d'un mémoire en vue d'une consultation sur la politique familiale. Outre la présidente, madame Madeleine Blanchet, ce groupe de travail se compose de membres du Conseil dont monsieur Georges Robitaille, madame Solange Fernet-Gervais et monsieur Jean-Yves Uhel de même que de monsieur Laurent Roy, agent de recherche au Conseil. Plusieurs raisons motivent une telle intervention. La principale est qu'aucune position n'avait été prise en regard des incidences fiscales et des répercussions sur la sécurité du revenu d'une politique familiale québécoise. En outre, le dépôt du *Livre blanc sur la fiscalité* est venu confirmer les appréhensions du Conseil à l'effet que le système fiscal n'est pas équitable envers ceux qui ont la charge d'enfant(s) et n'est pas neutre quant aux différents modes de vie familiaux. Le Conseil a donc jugé nécessaire d'exprimer ses vues sur le sujet. Il l'a fait dans un premier document intitulé *De la famille et des gros sous*, rendu public au début d'avril 1985, et dans un second, *Investir dans les enfants*, présenté lors de la consultation.

2.2.2 La promotion de la santé

Parvenu au terme de ses travaux relatifs au troisième et dernier volet du mandat reçu du ministre des Affaires sociales à l'automne 1981, la santé, le Conseil a publié ses résultats dans un document substantiel intitulé *Objectif: santé*. Afin d'en faire partager le contenu par un vaste public, une version vulgarisée a été produite: Le *Virage santélogique, scénario pour l'an 2000*. Les membres du Conseil ont fait la promotion de cette deuxième version afin de rendre plus concrète cette nouvelle approche écologique de la santé.

Divers travaux sont également venus étayer les résultats déjà obtenus dans les première et deuxième phases du mandat précédemment mentionné. Tel est le cas de *L'impact économique de la maladie au Québec*, étude portant sur les coûts indirects de la maladie et qui constitue un complément au bilan de santé des Québécois. Une étude sur une habitude de vie particulière aux Québécois, la consommation de tabac, fait suite à celle déjà publiée sur l'alcool et en précède deux autres, dédiés à l'activité physique et à l'alimentation. Cette série s'inscrit dans la démarche visant à mieux cerner l'influence des facteurs de risque et des conditions socio-économiques sur l'apparition des maladies. *Une analyse multivariée de l'infuence de l'environnement socio-économique sur la santé* apporte aussi des éléments de précision dans cette étude globale de la genèse des maladies. Une étude concernant le déclin de la mortalité néonatale et un article traitant des thérapies dites **alternatives** ont également été complétés. Les résumés de ces travaux se trouvent à la section 3.2.

Chapitre III
Les réalisations du Conseil en 1984-1985

3.1 *Investir dans les enfants :* un mémoire concernant la politique familiale

Se voulant une réponse au *Livre vert sur la famille*, *Investir dans les enfants* met en lumière une question cruciale pour toutes les familles : la fiscalité. Le fait que le document gouvernemental n'ait pas tenu compte des données du *Livre blanc sur la fiscalité* et n'ait pas formulé d'hypothèses de solution a incité le Conseil à se prononcer. Le condensé du contenu de ce mémoire se lit comme suit :

« Selon le Conseil, il importe d'abord de s'entendre sur une définition de la famille. Au-delà de la diversité des situations familiales, la relation parent-enfant doit être le dénominateur commun le plus conforme à la réalité de la famille. Ainsi, c'est à tous les parents ayant des enfants à charge, sans égard au groupe ou à la classe socio-économique auxquels ils appartiennent, que doit s'adresser la politique familiale et la finalité d'une telle politique est d'encourager tous ceux qui consacrent une partie de leur vie et de leurs ressources financières à élever des enfants. »

L'organisme est également d'avis que le rôle de l'État consiste essentiellement à redistribuer la richesse collective. Or le *Livre vert* renferme des souhaits très généraux, en rapport avec les comportements des individus et des groupes sur lesquels l'État n'a que peu d'influence. Une politique familiale exige une attitude favorable à la famille dans les champs qui relèvent de la compétence de l'État.

En outre on a tenté, dans ce document, de démontrer qu'il existe peu d'incitatifs fiscaux à la venue d'enfants, et ce, à partir d'exemples tirés du *Livre blanc sur la fiscalité*. De la comparaison des revenus nets d'un(e) célibataire de 30 à 64 ans et d'une famille de quatre personnes, il ressort, qu'en général, la majorité des familles n'ont que 2 000 $ à 3 000 $ de plus pour assurer la subsistance de trois personnes supplémentaires. Avec ce montant, le soutien de famille doit, en principe, loger, nourrir, vêtir, payer des loisirs, etc. à un adulte et à deux enfants.

Ce même *Livre blanc sur la fiscalité* révèle aussi que le système fiscal et le régime de transfert ne sont pas neutres quant aux modes de vie familiaux. Il y a, par exemple, un avantage financier évident à ce qu'une famille, ayant des enfants et dont les deux conjoints travaillent, soit reconnue comme deux familles monoparentales par le régime d'imposition. Il en va de même d'une personne déjà inscrite à l'aide sociale qui sera fortement incitée à ne pas déclarer une nouvelle union lorsque le conjoint a des revenus.

Le Conseil émet de plus l'opinion qu'un organisme permanent devrait assurer la défense des intérêts des familles. Afin d'éviter la dépendance vis-à-vis de l'État, de respecter leur autonomie et de favoriser leur solidarité, les familles devraient se regrouper en une association, tel un Fonds de solidarité des familles, susceptible d'influencer les gouvernements. Si le Conseil opte pour la création d'un organisme privé plutôt que public, c'est qu'il croit que personne ne peut mieux représenter les familles que les familles elles-mêmes.

Ce document se termine par l'énoncé de diverses recommandations dont l'étude d'un régime enregistré d'épargne-enfant, la prise en compte par les employeurs de conditions de travail répondant aux besoins des parents, la nomination d'un ministre délégué à la famille et la formation d'un comité spécial mandaté pour la rédaction de la politique familiale.

3.2 Études et recherches ayant trait à la promotion de la santé

3.2.1 Essai sur les médecines nouvelles et les thérapies alternatives[1]

Devant l'importance accrue des thérapies dites **alternatives** et l'émergence d'une nouvelle approche en matière de santé, le Conseil a jugé bon d'émettre un point de vue sur cette thématique. Un article à cet effet devrait paraître dans un prochain numéro de la revue *Carrefour des affaires sociales*.

Le développement marqué de ces formes de thérapie distinctes de la médecine classique correspond-il à un engouement passager ou ce phénomène va-t-il encore s'amplifier ? Il est permis de le considérer, par son ampleur, comme un véritable mouvement social. Il est l'expression d'une nouvelle approche de la santé fondée sur des valeurs et des attitudes nouvelles. Parmi les idées véhiculées, se

1 La parution de ce document est prévue pour l'automne 1985.

distinguent deux grands courants de pensée complémentaires, l'un axé sur l'individu et sa capacité de régénération, l'autre, sur l'être humain en tant que partie intégrante d'un ensemble toujours plus vaste. L'affirmation de l'individualité et le besoin d'intégration ne se limitent cependant pas au domaine de la santé, ces idées s'étendent à tous les secteurs de la vie et de la société.

À quoi reconnaît-on cette nouvelle approche de la santé? D'abord à la notion d'un univers en mouvement perpétuel où l'individu sain vit, à tous les plans, dans un état d'équilibre dynamique. La perte et le recouvrement de cet état d'équilibre constituent l'essence même de la vie. La santé n'est alors pas un bien à posséder mais plutôt une manière d'être, soumise aux fluctuations de l'environnement naturel et social.

Selon cette approche, le corps et l'esprit sont indissociables. Tout comme le dérangement de l'une des parties du corps affecte l'ensemble, la maladie ne peut être considérée comme purement organique ou uniquement attribuable à des désordres psychologiques. On reconnaît à l'organisme une capacité inhérente de se rétablir d'un déséquilibre, moyennant des conditions favorables, et la maladie est vue comme une occasion de s'interroger sur le sens et l'orientation de sa vie. Ce concept de pouvoir de guérison inclut donc celui de responsabilité.

Devant l'éventail des thérapies offertes, est-il possible de juger de leur valeur? Une façon de procéder serait de les échelonner sur un axe aux extrémités duquel se trouveraient les pôles autonomie et intervention. D'une part, on croit au pouvoir de régénération du corps presque laissé à lui-même; de l'autre, à l'intervention énergique, l'imposition au corps d'une nouvelle manière d'être. Le choix d'une thérapie relève des attentes et des valeurs personnelles à l'égard du corps, de la santé, de la guérison et de la vie en général.

3.2.2 Le déclin de la mortalité néonatale au Québec entre 1973 et 1983[2]

Cette analyse met en évidence les principaux facteurs à l'origine du déclin de la mortalité néonatale au Québec. L'objectif poursuivi est de vérifier si la répartition du poids à la naissance a une influence sur la mortalité néonatale globale et, ultérieurement, d'approfondir cet examen dans la région montréalaise. Cette étude constitue la dernière phase des travaux sur l'état de santé des Québécois entrepris par le Conseil en 1981. Quelques points saillants sont présentés ici.

Au cours des années soixante, la baisse de la mortalité néonatale et périnatale a été largement influencée par des facteurs démographiques tels la chute de la natalité, le changements d'âge à la maternité et le nombre d'enfants par femme. Mais, des études récentes tendent à démontrer, surtout depuis la seconde moitié des années soixante-dix, qu'elle est en grande partie attribuable à l'amélioration des soins médicaux périnatals. L'analyse de la répartition des poids à la naissance par groupes de 500 grammes montre que les catégories de 1 500 à 2 500 grammes ont enregistré la plus forte baisse de mortalité. Cette amélioration ne peut qu'avoir un effet favorable sur la mortalité néonatale puisque les trois quarts des décès survenus dans la première semaine de vie ont lieu chez les nouveaux-nés de moins de 2 500 grammes. On peut aussi relever que le poids moyen à la naissance s'est accru d'environ 3 % entre 1973 et 1983.

L'examen de l'évolution de la mortalité néonatale (0 à 27 jours) révèle qu'elle a diminué de moitié et ce, relativement au même rythme que la mortalité postnéonatale (28 à 365 jours). La mortalité selon le poids à la naissance représente une dimension importante du premier phénomène, en raison des récents progrès de la médecine concernant le traitement des nouveau-nés de faible poids à la naissance. Une comparaison des taux de mortalité néonatale précoce entre 1973 et 1980-1981 montre que les catégories de 1 000 et 1 500 grammes ont subi une diminution beaucoup plus forte que celles des 2 000 et 2 500 grammes et plus. De 1967 à 1973, la situation inverse prévalait.

À propos des composantes de ce déclin, on note qu'à partir de 1977 la proportion de naissances de poids insuffisants varie très peu. Son influence sur l'évolution de la mortalité s'en trouve ainsi diminuée. La répartition du poids à la naissance selon le sexe n'a pas subi non plus de variation marquée. Ce facteur ne semble donc pas avoir d'incidence véritable. Le taux de prématurité s'est aussi maintenu (entre 5,5 % et 6,2 %) depuis 1976. Il demeure, cependant, que les enfants les plus à risque sont les nouveau-nés de poids insuffisants, nés avant terme, et que leur proportion a augmenté; elle est passée de 44 % en 1976 à 53 % en 1983. Ce constat vient renforcer l'importance de la donnée baisse de mortalité néonatale selon le poids et, du même coup, augmenter l'influence des soins néonatals sur la réduction de la mortalité durant le premier mois de vie.

En conclusion, on peut avancer que la réduction de la mortalité néonatale ne s'accompagne pas nécessairement d'une diminution de l'incidence des faibles poids à la naissance. Si les objectifs visés incluent l'amélioration de la qualité de vie, un

2 La parution de ce document est prévue pour l'automne 1985.

équilibre s'impose entre les services de prévention primaire et les soins médicaux néonatals. De plus, on considère la mortalité néonatale et périnatale comme des indicateurs de santé reflétant aussi la qualité des soins médicaux. En réalité, la mortalité spécifique selon le poids à la naissance constitue l'indicateur de choix en néonatalogie. Quant à l'insuffisance de poids à la naissance, elle doit être vue comme un indice autant socio-économique que sanitaire.

3.2.3 Le point sur les habitudes de vie: le tabac. Données québécoises

Deuxième d'une série de quatre études destinées à faire le point sur les habitudes de vie, ce document précise la situation des Québécois en ce qui concerne le tabac par une comparaison nationale et internationale et par la mise en relief des particularités québécoises.

C'est un fait maintenant mieux connu: le Québec détient le championnat mondial dans ce domaine. Parmi les nations industrialisées de l'Occident, il s'inscrit au premier rang pour la consommation *per capita* de tabac. De tous les pays occidentaux, il occupe le quatrième rang pour la consommation de cigarettes manufacturées par habitant. Parmi les provinces canadiennes, il compte la proportion la plus élevée de fumeurs et fumeuses, quel que soit le groupe d'âge considéré. Le Québec se distingue donc à la fois par un nombre élevé de fumeurs et un fort contingent de gros fumeurs.

Qu'est-ce qui caractérise cette habitude des Québécois? D'abord, la proportion de personnes qui fument évolue différemment dans les populations masculine et féminine. En baisse depuis 1965, dans le premier cas, elle demeure stable dans le second. Parmi les différents groupes d'âge, chez les hommes, le groupe du plus grand nombre de fumeurs est celui des 45 à 64 ans alors que, chez les femmes, c'est celui des 20-24 ans. Les jeunes en général, tant les garçons que les filles, commencent à fumer tôt (vers 10-12 ans) et consomment une grande quantité de cigarettes.

L'analyse des données de l'enquête Santé Canada fournit certaines indications intéressantes. Elle indique, par exemple, que les conditions socio-économiques difficiles sont le trait commun des individus qui fument régulièrement. Les personnes séparées ou divorcées, les chômeurs, les travailleurs oeuvrant dans des conditions difficiles ou peu valorisantes comptent parmi les plus susceptibles de s'adonner au tabac de façon soutenue.

Toutefois, si on considère le nombre de cigarettes consommées quotidiennement, les plus gros fumeurs se retrouvent parmi les gens instruits, les directeurs, les gérants et les administrateurs, les médecins et les travailleurs de la santé de même que parmi les ouvriers. Chez les femmes, les grandes consommatrices de tabac sont d'abord les moins scolarisées et les travailleuses spécialisées des services mais aussi celles qui détiennent des postes de direction et de gérance. Ces données en disent long sur les conditions de travail qui favorisent les cas d'intoxication tabagique. La consommation exagérée de tabac dans les professions où le niveau de responsabilité est élevé ou le rythme de travail trépidant n'est pas une simple coïncidence. Les dangers bien connus du tabac pour la santé du coeur et des poumons ne semblent pas encore constituer une motivation suffisante pour que les Québécois et Québécoises cessent de fumer. Une approche différente de celle du passé s'impose dans la lutte antitabagique.

Qu'en est-il maintenant des dommages causés par le tabac? Au Québec, 20 personnes en meurent chaque jour, soit 7 400 par année. Cela représente le double des décès consécutifs à des traumatismes ou empoisonnements, pourtant très courants. Le tabac cause des décès par maladies cardio-vasculaires (3 700), par cancer (3 300), dont celui du poumon (2 600) et par d'autres affections (400). En plus de contribuer au développement de ces maladies, il agit en synergie avec d'autres éléments tels l'alcool, la teneur élevée en cholestérol et l'hypertension pour provoquer ou aggraver des états morbides.

La gravité et l'ampleur des conséquences du tabagisme doivent susciter la réflexion. On évalue les coûts réels liés à cette habitude à 7,1 milliards de dollars au Canada et à 1,8 milliard au Québec. Ces coûts englobent, entre autres, les frais de services médicaux et d'hospitalisation, la perte de revenu des particuliers, attribuable à la mortalité prématurée, et les dépenses occasionnées par l'incapacité. Il ne faut pas perdre de vue que les non-fumeurs, tout comme les fumeurs, doivent assumer ces coûts.

Ceux-ci peuvent cependant être réduits. On observe en effet un lien étroit, entre la consommation de tabac et le cancer du poumon. Ainsi, depuis que les hommes ont commencé à réduire leur consommation, le rythme d'augmentation du cancer du poumon décélère, les taux de mortalité par ce type de cancer entre 35 et 44 ans se stabilisent et un arrêt de la hausse est prévu d'ici une décennie. Ça n'est toutefois pas le lot des femmes puisque celles-ci subissent actuellement les répercussions de la hausse de la consommation de tabac dans les années cinquante et soixante. Le cancer du poumon progresse à un rythme accéléré chez les femmes et on ne peut prévoir la fin de cette hausse.

Par la démonstration du parallélisme entre l'évolution du tabagisme et le cancer du poumon, pour une période de 25 ans, on a voulu convaincre les fumeurs et fumeuses des dangers réels du tabac. On a aussi cherché à les persuader du fait qu'une réduction de la comsommation de tabac déclenchera un processus menant au déclin de ce type de cancer. S'il n'y a pas réduction, comme cela se produit actuellement dans la population féminine, on peut s'attendre à ce que le taux de décès causés par cette maladie rejoigne très bientôt, comme c'est le cas dans plusieurs états américains, celui des décès reliés au cancer du sein. Le tabac deviendrait ainsi la première cause de mortalité chez la femme dans la force de l'âge, comme c'est le cas, maintenant, chez l'homme.

3.2.4 Une analyse multivariée de l'influence de l'environnement socio-économique sur la santé

L'importance des liens entre l'environnement socio-économique et la santé ne fait plus de doute à l'heure actuelle. Même si de nombreuses études mettent en lumière cette interdépendance, elles ne fournissent qu'une description fragmentaire du processus complexe par lequel les différentes caractéristiques de cet environnement peuvent agir sur la santé. L'étude du Conseil des affaires sociales et de la famille, vise à améliorer la compréhension de ce mécanisme en prenant appui sur un modèle écologique de la santé.

Une synthèse du document est parue dans le numéro du printemps 1985 de la revue *Carrefour des affaires sociales*, sous le titre *Environnement social et santé*. Elle doit aussi être publiée prochainement dans les *Cahiers économiques de Nancy* (France).

Le modèle d'analyse proposé s'inspire d'un concept de santé essentiellement dynamique: le processus d'adaptation de l'individu à son environnement. Selon cette approche, les déterminants de la santé sont multiples. On y distingue la biologie humaine, l'environnement, le stress, les habitudes de vie et le système de soins. L'analyse de certaines interactions entre les différents déterminants a été réalisée à l'aide des données de l'enquête Santé Canada menée en 1978-1979. Les techniques d'analyse multivariée ont permis d'isoler l'influence de chacune des variables dans les relations étudiées, en éliminant l'influence des autres caractéristiques. Il s'agit donc toujours d'une contribution relative des variables retenues.

Les résultats révèlent l'importance de la variable âge, surtout pour les différences individuelles, chez les hommes, en ce qui a trait à l'activité physique et à la consommation de tabac. En effet, la population masculine de 45 à 64 ans fume quotidiennement 37 % plus de cigarettes que les 15 à 24 ans. À l'inverse, les femmes de 25 à 44 ans fument en moyenne, chaque jour, presque deux fois plus que leurs aînées.

Une autre variable est celle du revenu. Le revenu influence grandement le niveau de détresse tant chez les hommes que les femmes. (Le niveau de détresse correspond à l'indice de l'existence de problèmes liés au stress mesuré par un score de santé mentale). Il explique en outre une bonne part des différences individuelles dans la consommation d'alcool, surtout chez les femmes: il s'agit d'ailleurs du principal facteur explicatif de ces différences après l'âge. Dans le groupe des revenus les plus élevés, par exemple, la consommation hebdomadaire est près de deux fois celle du groupe des plus faibles revenus.

Le niveau d'instruction joue un rôle sensiblement analogue: il contribue aux variations du niveau de détresse, surtout chez les femmes. Il rend d'ailleurs compte d'une part importante des variations de la consommation hebdomadaire d'alcool: elle est environ de 50 % plus élevée chez les femmes de formation universitaire que chez celles possédant un niveau d'instruction secondaire.

Ainsi, les femmes les plus instruites et celles disposant d'un revenu élevé sont les plus grandes et les plus constantes consommatrices d'alcool. Cela ne signifie pas pour autant que cette consommation soit délétère au point d'entraîner un alcoolisme chronique.

La catégorie socioprofessionnelle, pour sa part, contribue, en particulier, aux variations dans la consommation de tabac et la pratique de l'activité physique. On retrouve les gros fumeurs chez les dirigeants et gérants d'entreprises mais aussi chez les ouvriers et travailleurs du secteur primaire. Inversement, leur indice d'activité physique est peu élevé. Chez les femmes, les plus grandes consommatrices de tabac se retrouvent parmi les dirigeantes ou gérantes d'entreprises et les ouvrières. Il existe de plus un écart important (environ 20 %) entre le niveau d'activité physique des femmes qui travaillent à l'extérieur et celles qui sont à la maison. L'activité physique inclut ici les activités récréatives, les sports et certains travaux domestiques pratiqués durant les temps de loisirs.

En ce qui concerne la durée du travail, on se rend compte que son effet sur le niveau de détresse et les habitudes de vie est loin d'être linéaire. Elle semble jouer un rôle positif jusqu'à un certain seuil. Mais au-delà de 44 heures par semaine les effets négatifs, fatigue et tension nerveuse, l'emportent et le niveau de détresse augmente.

La langue d'origine et surtout le lieu de naissance (à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada) peuvent de plus expliquer une bonne part des différences individuelles dans la consommation de tabac. Celle de l'alcool fluctue également suivant la langue d'origine: les femmes anglophones en consomment près de deux fois plus que les francophones de mêmes caractéristiques.

Il semble bien que certains comportements correspondent à une stratégie d'adaptation au stress, surtout lorsqu'il est question de tabac et d'alcool. La contribution du stress aux variations de ces comportements est d'autant plus forte que le risque est élevé. En effet, les différences observées chez les fumeurs à risque, selon le niveau d'instruction ou la catégorie socioprofessionnelle, semblent provenir en grande partie des dissemblances entre le niveau de détresse de ces populations.

Enfin, on a pu obtenir une mesure de l'impact global sur la santé de certaines caractéristiques biologiques ou de l'environnement socio-économique et de l'ampleur des inégalités de santé qui leur sont associées. Aussi la probabilité de connaître une restriction permanente de ses activités est-elle cinq fois plus élevée pour un homme faisant partie du groupe des revenus les plus faibles.

L'ensemble de ces résultats vient donc confirmer l'importance des déterminants socio-économiques de la santé. Toute politique de promotion de la santé devrait ainsi comporter, parmi ses enjeux fondamentaux, la réduction des inégalités de santé les plus criantes et reconnaître, dans ses actions, l'importance des milieux de vie de l'individu comme source de risque ou, au contraire, de protection. L'adoption d'un modèle écologique de la santé comme base d'une politique de santé globale a d'ailleurs été proposée par le Conseil dans le rapport *Objectif: santé*.

3.2.5 L'impact économique de la maladie au Québec

Pourquoi le Conseil a-t-il procédé à une évaluation économique des effets de la maladie? Cette interrogation trouve sa légitimité dans la recherche d'interventions, de stratégies de promotion de la santé, susceptibles de produire les effets les plus positifs. Le Conseil s'était déjà intéressé à la question en étudiant, en 1983, les coûts de la maladie. Il a cependant voulu pousser plus loin sa réflexion. Cette étude a fait l'objet de deux articles dont l'un dans *Le journal du travail* d'octobre 1984 et l'autre, dans le numéro d'hiver 1985 de la revue *Carrefour des affaires sociales*.

L'espérance de vie en bonne santé est considérée comme le meilleur indicateur de l'état de santé des Québécois. Cependant, il ne rend compte que partiellement des coûts sociaux d'une mauvaise santé comme l'isolement, la perte de l'estime de soi, la dépendance économique, etc. On a donc cherché à mesurer et à approfondir les répercussions économiques de la morbidité et de la mortalité, de même qu'à identifier les principales maladies dont elles découlent.

La méthode dite du capital humain a servi à représenter l'effet des maladies sur la production de biens et de services. Les coûts indirects de la maladie peuvent en effet être calculés d'après la valeur de production perdue en raison de la morbidité ou de la mortalité et ce, suivant les différents groupes d'âge et le sexe. L'activité productive inclut ici le travail domestique en plus de l'activité rémunérée, la seule généralement prise en compte dans le produit national brut.

La population productive concernée par dans les pertes économiques liées à la morbidité représente 56 % de la population totale, après l'application des taux de participation au marché du travail et au travail domestique dans le cas des personnes de 15 à 80 ans. Le temps de production perdu totalise 67 millions de journées ou l'équivalent de 268 000 années personnes, dont 63 % seraient rémunérées sur le marché régulier. Le niveau moyen de restriction d'activité s'élève à 19,4 jours par année chez les hommes comparativement à 9,5 chez les femmes. Toutefois, les plus limitées parmi celles-ci se résigneraient au travail à la maison, où les restrictions rapportées atteignent 29,6 jours annuellement.

L'on doit aussi distinguer, dans l'évaluation des pertes de productivité, deux types de restriction d'activité, soit l'incapacité temporaire et l'incapacité permanente. Cette dernière compte pour 62 % de la totalité du temps de production perdu. Chez les hommes, elle atteint 80 % et les immobilise pendant 15,9 jours annuellement, alors que la restriction temporaire ne suspend leurs activités que 3,5 jours par an. Les femmes, du fait qu'elles délaissent le marché du travail et reportent leur restriction d'activité au travail familial, connaissent 3,8 jours de restriction permanente contre 5,7 d'incapacité temporaire. Les coûts de ces restrictions sont évalués à 3 milliards de dollars en 1980, dont une proportion de 71 % revient aux hommes. De cette somme, 907 millions vont aux restrictions à court terme, lesquelles se manifestent surtout par l'absentéisme des travailleurs.

D'autre part, on évalue le coût économique du décès d'une personne d'après ses revenus éventuels si elle avait survécu. D'après les calculs, on obtient une perte globale de 1,5 millions de dollars, soit en moyenne 46 000 $ par décès. Les 45-64 ans recueillent à eux seuls la moitié de ces pertes économi-

ques, le coût par décès dans ce groupe d'âge atteignant 68 000 $.

Dans l'ensemble, les maladies ont entraîné, en 1980, une perte de production en biens et services évaluée, et cette somme représente un minimum, à 4,6 milliards de dollars. Cela équivaut à 730 $ par habitant. Ainsi, leurs conséquences sur l'économie rejoignent presque le coût direct de leur traitement. De ces pertes, près des deux tiers sont attribuables à la morbidité; la mortalité prématurée n'étant responsable que de 37 %.

Quelles maladies affectent le plus la productivité? Celles de l'appareil circulatoire engloutissent le cinquième du manque à gagner (20 % des pertes économiques), soit 911 millions de dollars. Les maladies de l'appareil ostéo-articulaire occupent le deuxième rang, représentant 15,2 % des pertes économiques. Les accidents, desquels on a retranché les suicides, prennent le troisième rang avec 13,1 %. Viennent ensuite les affections de l'appareil respiratoire et les cancers dans des proportions respectives de 10,3 % et 8 %. Enfin, les troubles mentaux se classent au sixième rang causant une perte de près de 300 millions de dollars (4 %). À eux seuls les suicides représentent, en 1980, un manque à gagner de 111 millions de dollars.

En bref, cette étude permet d'approfondir les conséquences économiques de la maladie au Québec et, en complément des indicateurs déjà obtenus, fournit des éléments pouvant aider à l'identification des priorités en matière de promotion de la santé et de choix des moyens d'action. *L'impact économique de la maladie au Québec* fera certainement l'objet de discussions lors des forums régionaux sur la promotion de la santé.

3.2.6 Objectif: santé

Sur quelle philosophie repose une politique de promotion de la santé? Quels sont les déterminants de l'état de santé et leurs multiples interactions? Quels objectifs et moyens d'action privilégie-t-on pour prévenir les maladies et améliorer la qualité de vie? Voilà quelques-uns des principaux éléments traités dans le rapport du Conseil concernant les stratégies de promotion de la santé. *Objectif: santé* a été publié chez l'Éditeur officiel du Québec, en novembre 1984. Les grandes lignes en sont présentées ici.

Vers une nouvelle approche de la santé

L'élaboration de cette politique de promotion de la santé est établie sur les concepts d'autonomie et de capacité fonctionnelle des individus. Selon cette approche positive, la santé résulte d'un processus d'adaptation de l'individu à son environnement. Essentiellement dynamique, elle s'inscrit dans une perspective écologique, d'où la possibilité de relever l'importance et la diversité des facteurs susceptibles de favoriser ou, dans le cas contraire, de nuire à la santé et d'en identifier les multiples interactions.

Le Conseil a ainsi mis au point et utilisé un nouvel indicateur de santé, l'espérance de vie en bonne santé, laquelle se définit comme étant la capacité, pour l'individu, de fonctionner dans son milieu et de se consacrer pleinement à ses projets. Cet indicateur permet de mesurer l'état de santé tel qu'il est perçu par l'individu. On ne s'intéresse donc plus uniquement au prolongement de la vie mais bien à la qualité de celle-ci. On ne nie pas la maladie, la vieillesse et la mort mais on suggère une réorientation du système de soins.

L'état de santé des Québécois

Depuis les années soixante-dix, des gains importants ont été réalisés dans le domaine de la santé au Québec: recul spectaculaire de la mortalité à tous les âges, particulièrement chez les enfants; baisse des décès par maladies ischémiques (de 26 % chez les hommes et de 34 % chez les femmes), par accident de la route (de 25 %) et par cancer du col de l'utérus (de 50 %); et diminution du rythme de croissance du cancer du poumon chez l'homme.

D'autres problèmes se sont toutefois aggravés. Les taux de suicide chez les jeunes et de cancer du poumon chez la femme ont doublé depuis 1970. Le coût des maladies mentales a tant haussé, ces dernières années, qu'elles sont en passe de devenir les maladies les plus coûteuses à soigner. Le vieillissement de la population et une longévité accrue ont entraîné un croissance importante des maladies chroniques. Enfin les affections cardio-vasculaires, les tumeurs, l'arthrite et les rhumatismes, sources de douleur, d'anxiété et d'angoisse pour les malades et leurs familles, sont parmi les plus répandues.

Le bilan fait aussi état des problèmes de santé des Québécois selon leur âge, leur sexe, leur provenance socio-économique et leur profession. Ainsi, on remarque la persistance de certaines inégalités dans les groupes de population: les risques de décès chez les ouvriers et les journaliers sont de 44 % supérieurs à l'ensemble des catégories socioprofessionnelles alors que chez les cadres et les professionnels, ils sont de 15 % inférieurs. De même, par exemple, les résidants du quartier aisé de Notre-Dame-de-Grâce jouissent d'une espérance de vie en bonne santé de quatorze années plus longue que celle des habitants du quartier plus défavorisé de Saint-Henri.

Au chapitre de l'espérance de vie, une progression de 1,26 an chez les hommes et de 1,51 an chez les femmes a été enregistrée depuis 1970. Les femmes conservent toujours une confortable avance en la matière: elles vivent en moyenne 78,20 ans contre 70,31 ans pour les hommes. Cependant, l'espérance de vie en bonne santé de la population féminine ne dépasse pas 60 ans et celle de la population masculine s'arrête à 59 ans. Les femmes connaissent donc des périodes de restriction d'activité plus longues que les hommes (18 années contre 11).

En conclusion, les gains obtenus en longévité ne semblent pas être accompagnés de succès comparables dans la lutte contre la maladie et les restrictions d'activité qu'elle entraîne. On survit davantage mais en mauvaise santé. Aussi faut-il, pour l'avenir, s'attacher davantage à l'amélioration de la qualité de vie plutôt qu'à sa seule durée.

Les déterminants de la santé

Une politique de promotion de la santé doit s'appuyer sur une compréhension plus approfondie des déterminants de la santé et de leurs interrelations. En plus des quatre éléments déjà identifiés en 1974 dans le rapport Lalonde sur la santé des Canadiens, à savoir la biologie, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé, le rapport s'intéresse à l'incidence et à la gravité des problèmes de santé, aux répercussions de la maladie de même qu'au rôle joué par le stress dans la vie de chacun.

Que peut-on dire, succintement, de ces diverses composantes? D'abord, que la biologie humaine, objet traditionnel de la recherche et de l'action médicale, surtout centrée sur la pathologie, s'élargit pour englober les grands paramètres du développement humain et les facteurs environnementaux associés. L'environnement renvoie à une notion de plus en plus vaste. Qu'il s'agisse du milieu physique, social, économique ou de travail, tous sont examinés du point de vue de l'influence, positive ou négative, exercée sur la santé.

De surcroît, c'est un fait maintenant notoire que les habitudes de vie conditionnent la qualité de celle-ci. Alors qu'une légère modification des habitudes alimentaires, dans le sens souhaité, et une hausse de l'activité physique sont notés chez les jeunes, célibataires et instruits, on relève une hausse de la consommation de tabac chez la femme et d'alcool chez les très jeunes (11-12 ans). Le tabagisme chez la femme se traduit déjà par une hausse de 75 % du cancer du poumon au cours de la dernière décennie. Ce type de cancer est du reste en voie de supplanter celui du sein comme première cause de mortalité chez les femmes dans la force de l'âge.

Quant au système de soins, l'analyse permet d'en redéfinir les objectifs et de réorienter ses préoccupations en vue d'y intégrer l'autonomie, l'accessibilité et l'humanisation des soins. L'importance économique du système en tant que source d'emploi et les facteurs causals de l'augmentation des coûts sont également soulevés.

Enfin, le stress qui est essentiel à la vie, peut être pathologique. Les conséquences du stress, évidentes ou soupçonnées, sont nombreuses. Elles vont de la surcharge émotionnelle aux troubles fonctionnels susceptibles, de déclencher cancers, maladies cardio-vasculaires ou arthrite rhumatoïde, en passant par les réactions psychosomatiques. Le rôle du stress dans la dynamique de la santé et de la maladie est donc de première importance.

Pour une politique de la santé

Améliorer la santé des Québécois, tel est l'objectif visé. Pour l'atteindre, on doit l'inscrire dans un projet global visant à rehausser la qualité de vie, entreprise qui concerne l'ensemble des acteurs de la scène sociale. Les grandes orientations, les objectifs et les moyens d'action découlent de l'analyse du bilan de santé et de l'identification des déterminants. Regroupés par cycle de vie, en fonction de la gravité du problème, de ses causes et des possibilités d'action, les objectifs sont les suivants:

— Pour les enfants de 0 à 5 ans:
  - diminuer le nombre des naissances présentant de graves anomalies ainsi que les répercussions de ces anomalies sur l'enfant et sa famille.

— Pour les jeunes de 6 à 24 ans:
  - diminuer la mortalité par accidents de la route;
  - réduire le nombre de grossesses non désirées et leur impact chez les adolescentes;
  - diminuer l'incidence et la gravité des problèmes de santé mentale chez les jeunes de 15 à 24 ans.

— Pour les adultes de 25 à 64 ans:
  - diminuer l'incidence, la gravité et les conséquences des problèmes de santé physique et mentale en milieu de travail, des maladies cardio-vasculaires et du système ostéo-articulaire ainsi que des cancers.

— Pour les personnes âgées de 65 ans et plus:
  - favoriser leur autonomie.

Vers des stratégies de promotion de la santé

La mise en oeuvre d'une politique de la santé s'impose. *Objectif: santé* en suggère les jalons. C'est le résultat d'une démarche exploratoire fondée sur une approche positive de la santé. Les objectifs retenus constituent l'amorce d'une large discussion devant amener les principaux acteurs, soignants, bénéficiaires, dirigeants d'entreprises, éducateurs, parents et autres à améliorer l'état de santé de la population et à définir des stratégies de santé nationales, régionales et locales.

Cette discussion se concrétisera d'ailleurs, au cours de l'automne 1985 et du printemps 1986, par la tenue de forums sur la promotion de la santé. Le Conseil a en effet reçu du ministre des Affaires sociales, monsieur Guy Chevrette, le mandat d'organiser ces forums dans chacune des régions sociosanitaires du Québec. Il sera aidé dans cette tâche par l'Association pour la santé publique du Québec, les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, les Départements de santé communautaire et les autres organismes voués à la prévention en matière de santé.

3.2.7 Le virage santélogique, scénario pour l'an 2000

Ouvrage cousin du précédent rapport, *Le virage santélogique* traite, dans un langage simple, de la nouvelle conception de la santé. Délaissant les aspects politiques et économiques de la question, abondamment discutés dans *Objectif: santé*, l'ouvrage s'appuie plutôt sur la santé en tant que résultante des habitudes et modes de vie, présents ou futurs, des individus et des communautés. *Le virage santélogique*, réalisation conjointe du Conseil des affaires sociales et de la famille et de la Direction générale des publications gouvernementales, a été publié chez l'Éditeur officiel du Québec.

Le bilan de santé des Québécois rapporte, pour les dernières années, des progrès importants dans la prévention et le traitement de nombreuses maladies. Les gains en prévention découlent, en grande partie, de nouvelles habitudes de vie adoptées par bon nombre de gens pour améliorer leur forme physique et mentale. *Le virage santélogique* suggère d'aller plus loin. À une meilleure alimentation, à la pratique régulière de l'activité physique, à la réduction de la consommation de tabac et d'alcool, précautions mieux connues, s'ajoutent une multitude de facteurs susceptibles de diminuer ou d'accroître la résistance à la maladie. Une bonne santé relève davantage du mode de vie en général que d'un effort isolé qui incite, par exemple, à cesser de fumer. Le document propose donc une révision globale des comportements, que ce soit en famille, en société ou au travail, et ce, à tout âge.

Afin de rendre le virage amorcé plus actuel et plus tangible, on insiste beaucoup sur le fait que plusieurs initiatives communautaires traduisent déjà l'esprit du virage santélogique. On fait état, par exemple, des regroupements qui viennent en aide aux nouvelles accouchées afin que leurs relevailles se fassent en douceur, de ceux qui soutiennent activement les parents d'enfants handicapés à la naissance ou d'autres qui offrent des repas gratuits ou différents services aux personnes isolées par manque de travail. L'ouvrage décrit une cinquantaine de ces mouvements, voués, chacun à leur façon, à la poursuite d'une meilleure qualité de vie. Il passe en revue une série d'actions individuelles et communautaires qui, sans être des garanties absolues de santé, rendent compte d'initiatives concrètes et efficaces, susceptibles d'allonger la vie et, surtout, l'intervalle de vie en bonne santé. Chaque chapitre est ainsi complété par des exemples de ressources, projets et regroupements qui s'inscrivent bien dans le mouvement « santélogique ». On y donne même le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des promoteurs de ces projets.

Ce petit guide d'autonomie en matière de santé, véhicule du concept d'une nouvelle santé écologique, incite à agir dès maintenant, afin de se donner les moyens d'être mieux portant, plus longtemps. En plus d'être disponible dans les librairies de l'Éditeur officiel, cet ouvrage est en vente dans les librairies privées, kiosques à journaux et dépanneurs.

3.3 *Réflexion sur le phénomène de la douleur chronique*

Au chapitre de l'humanisation des soins, la douleur chronique a retenu l'attention du Conseil. Afin de mieux délimiter cette réalité complexe, il a été convenu, à la lumière des plus récents travaux sur le sujet, de donner une définition plus précise de ce phénomène, d'en identifier les mécanismes et les principales victimes et d'en évaluer les coûts physiques, émotifs et économiques pour la personne.

La question du contrôle de la douleur chronique sera également examinée à travers les problèmes de diagnostic et de traitement de même que par le truchement de ses différentes manifestations comme dans le cas du cancer, des maladies ostéo-articulaires et des douleurs psychogènes ou encore chez les personnes âgées. Il sera aussi fait mention de quelques principes de traitement susceptibles de prévenir la chronicisation de la douleur et, conséquemment, d'en atténuer les répercussions. La publication de ce document est prévue pour l'automne 1985.

3.4 *Étude de l'influence de la situation socio-économique des jeunes sur leurs modes de vie*

Les préoccupations sociales du Conseil se sont portées au cours des derniers mois sur les conséquences de la situation socio-économique des jeunes sur certains modes de vie et, par ricochet, sur la santé. Comme ils sont les premiers touchés par la conjoncture de non-emploi et de chômage qui prévaut actuellement, une étude tendra à faire la démonstration de la précarité de leur situation et à expliquer ainsi la détérioration de leur qualité de vie.

Après avoir tracé un portrait statistique des jeunes et analysé les principaux indicateurs économiques tels le travail, le chômage et l'aide sociale, l'on fera état des conséquences de ce bilan économique sur la cohabitation (surtout familiale), sur les pratiques culturelles et sportives de même que sur les attitudes face au travail et à la fréquentation scolaire. Les répercussions de cette réalité, en termes de baisse de fécondité et de problèmes sociaux, seront également abordées. Enfin il sera question de solutions économiques et de moyens favorisant l'intégration des jeunes dans la société et minimisant les effets négatifs d'une situation socio-économique instable sur les habitudes de vie et la santé.

3.5 Études en cours

La détermination du degré d'influence des conditions socio-économiques et des facteurs de risque environnementaux ou individuels sur l'apparition des maladies, objet de la seconde étape des travaux du Conseil sur les stratégies de promotion de la santé, donnera lieu à la publication prochaine d'études et articles.

- Deux études viendront compléter les données déjà publiées sur les habitudes de vie des Québécois, notamment en ce qui a trait à la consommation d'alcool et de tabac. Cette fois, il sera question des particularités des Québécois en regard de l'activité physique et de l'alimentation. Ces documents paraîtront au cours de l'automne 1985.
- Un autre projet de recherche se propose d'évaluer la rentabilité de la santé en milieu de travail. Après avoir effectué un bilan des indicateurs de santé, dont le phénomène d'usure précoce, et une recension des coûts de la santé, l'on procédera à un examen des possibilités d'action préventive en milieu de travail en tenant compte, par exemple, des contraintes d'ordre législatif, éthique ou économique. Le Conseil prévoit publier cette étude en 1986.

Chapitre IV
Les relations avec la communauté

Désireux de porter ses travaux à l'attention du public et de partager le fruit de ses réflexions, le Conseil a déployé ces dernières années des efforts substantiels en matière d'activités de communication. La publication de ses recherches, études et avis et la diffusion des résultats qu'ils contiennent comptent parmi les moyens privilégiés pour sensibiliser les médias et le grand public aux questions soulevées.

Au cours de l'exercice financier 1984-1985, l'objet premier des diverses interventions publiques du Conseil demeure la promotion de la santé. En plus de la parution d'ouvrages complémentaires au bilan de santé des Québécois, décrits plus avant, le rapport *Objectif: santé*, issu des délibérations du Comité d'étude sur la promotion de la santé, et une version vulgarisée, intitulée *Le virage santélogique*, ont donné lieu à deux campagnes de diffusion qui se sont tenues respectivement à l'automne 1984 et au printemps 1985.

4.1 *Objectif: santé:* pour une clientèle avertie

Le lancement du rapport *Objectif: santé* a été effectué lors d'une conférence de presse tenue à l'Hôtel du Parc de Montréal, le 30 octobre 1984. À cette occasion, madame Madeleine Blanchet, présidente du Conseil, a précisé que le rapport était le fruit de la réflexion d'un groupe multidisciplinaire et multirégional, qu'il s'adressait aux divers organismes, groupes ou personnes intéressés par le domaine de la santé et que le Conseil était disposé à rencontrer les intervenants des disciplines concernées afin de poursuivre la discussion. Monsieur Camil Laurin, ministre des Affaires sociales, a endossé le contenu du rapport et attiré l'attention des journalistes sur les disparités en matière de santé dans une société égalitaire. Les membres et agents de recherche du Conseil étaient présents à cette conférence de presse.

Plusieurs journaux ont rapporté l'événement sous divers angles. Le *Soleil* de Québec, le *Devoir*, la *Presse* et le *Journal de Montréal*, entre autres, ont retenu la nouvelle approche écologique de la santé mise de l'avant dans ce rapport, relevé les inégalités de santé et les différents problèmes selon les groupes d'âge et reproduit les objectifs de santé particuliers à chacun d'eux. *L'Actualité médicale* et le *Courrier médical* ont aussi insisté sur ces éléments.

Diverses stations de radio et de télévision ont également sollicité des entrevues auprès des membres et agents de recherche du Conseil. Des participations aux émissions Présent, Second regard, Impact et Présent-dimanche de Radio-Canada ainsi qu'à Télé-services de Radio-Québec peuvent être citées. Les revues *Châtelaine* et *Vélo-Québec* ont aussi publié un article sur la question.

De nombreuses conférences-débats, auxquelles ont pris part madame Sylvie Dillard et monsieur Yvon Brunelle, agents de recherche au Conseil, se sont tenues à la demande d'organismes de santé communautaire des régions de Montréal-Nord, Saint-Gabriel de Brandon et Drummondville, d'un groupe d'infirmières du cégep Maisonneuve et du Département d'administration de la santé de la Falcuté de médecine de l'Université de Montréal. Le document a de plus été présenté aux congrès des associations québécoise et canadienne de santé publique.

Un séminaire relatif aux données épidémiologiques de la population féminine a été donné par madame Dillard à la Falcuté de médecine de l'Université Laval et au Département de biologie de l'UQAM. Les aspects administratifs de la santé au travail ont été discutés, toujours en présence de Sylvie Dillard, au Département des relations industrielles de l'Université Laval. Les résultats du bilan de santé des Québécois et les coûts engendrés par la détérioration de leur état de santé ont aussi été abordés par monsieur François Camirand, lors d'une journée thématique sur la psychiatrie, organisée par le Centre de services sociaux de la région de Trois-Rivières.

On peut, à travers ces interventions, identifier les clientèles visées par cette campagne de diffusion. Bien qu'*Objectif: santé* se destinait à toute personne ou groupement intéressés aux questions de santé, on lui reconnaît certaines cibles privilégiées. Le ministère des Affaires sociales et son réseau, les professionnels de la santé et les milieux de l'enseignement sont du nombre. Il importe de mentionner ici que le rapport est devenu un manuel obligatoire pour les étudiants et étudiantes en sciences infirmières de l'Université Laval. Cet ouvrage est aussi fréquemment consulté dans les départements d'administration de la santé des facultés de médecine.

4.2 *Le virage santélogique:* pour un vaste public

Soucieux d'élargir sa clientèle, mais surtout de rendre la population québécoise sensible à un changement d'attitude vis-à-vis de la santé, le Conseil a entrepris de faire la promotion d'un ouvrage inspiré du précédent rapport mais rédigé dans un langage simple, facilement accessible même pour le profane.

Alors qu'*Objectif: santé* soulignait par une série de propositions l'urgence d'agir, d'amorcer un tournant, *Le virage santélogique, scénario pour l'an 2000* insiste davantage sur l'autonomie de chacun et sur les initiatives personnelles et collectives à prendre pour améliorer la qualité de vie.

Cette publication a été lancée officiellement le 3 avril 1985 à l'UQAM, durant la semaine nationale de la santé. Madame Madeleine Blanchet, présidente du Conseil, a alors insisté sur la notion d'une nouvelle santé écologique et sur la nécessité d'amorcer un changement des habitudes de vie avant qu'il ne soit trop tard. Les membres du Conseil participaient à cette conférence de presse.

Des lancements régionaux ont également eu lieu à travers la province. L'Est du Québec, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Estrie, l'Abitibi–Témiscamingue, l'Outaouais, la Côte-Nord et les régions de Trois-Rivières, Montréal et Québec ont été rejoints par l'intermédiaire du réseau de Communication-Québec. Il faut souligner ici la contribution des membres du Conseil et du personnel de son secrétariat (agents de recherche et d'information) à ces opérations régionales.

Commenté par la presse écrite, particulièrement par les journaux locaux, et les médias électroniques, dont la radio de Radio-Canada à Ottawa, *Le virage santélogique* a suscité et continue de susciter nombre de réactions favorables.

4.3 Les activités publiques de la présidente

En plus de diriger les activités du Conseil et d'en coordonner les travaux, d'assurer une liaison entre le Conseil et le ministre des Affaires sociales ou le ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu selon le cas, la présidente participe à diverses rencontres, congrès, colloques, séminaires, émissions de radio et de télévision ou sessions de travail au Québec, au Canada ou à l'étranger. Ces activités lui fournissent l'occasion de présenter les travaux du Conseil et, au besoin, de puiser une information utile aux études, recherches et avis de l'organisme. Une liste chronologique de ces principales activités illustre la variété des thèmes abordés et la diversité des auditoires auxquels s'adresse le Conseil.

10 avril 1984:

Interview accordée à l'émission Alain Stanké Centre Ville sur les activités du CASF.

15 mai 1984:

Exposé intitulé Santé et productivité au Québec, présenté au colloque de l'Association des manufacturiers canadiens à l'Auberge des gouverneurs de Québec.

29 mai 1984:

Participation à une table de concertation portant sur les mesures de répartition géographique des médecins, favorisant l'accessibilité aux soins de santé au Québec.

31 mai 1984:

Participation au colloque gouvernemental organisé par l'ENAP au Manoir du lac Delage et ayant pour thème La décentralisation: un effritement de l'État ou un enrichissement démocratique.

5 juin 1984:

Conférence au congrès annuel de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec tenu à l'Auberge des gouverneurs, Place Hauteville. L'exposé avait pour thème: L'état de santé des Québécois s'est-il amélioré?

4 juillet 1984:

Conférence au 9e congrès international des diététistes tenu au Toronto Hilton Harbour Castle de Toronto. L'exposé avait pour titre: La campagne de nutrition au Québec.

30 juillet 1984:

Entrevue téléphonique accordée à l'émission Face à Face de CKVL portant sur La santé et la productivité au travail.

4 août 1984:

Conférence au 2e congrès annuel du Service à la famille—Canada tenu au Palais des Congrès de Montréal. L'exposé était intitulé: Vers une politique familiale.

29 août 1984:

Participation à une émission télévisée Station Soleil de Radio-Québec. L'interview portait sur la santé des Québécois.

2 octobre 1984:

Interview par madame Jacqueline de Grand-Maison, pour la revue française *La vie mutualiste*, sur le rôle du CASF et ses réalisations des dernières années, notamment, le bilan de santé des Québécois et le rapport sur les stratégies de promotion de la santé.

Interview, par madame Gisèle Galichan de la Société Radio-Canada pour l'émission Ici Québec, portant sur la consommation de médicaments par les personnes âgées.

19 octobre 1984:

Exposé à l'assemblée scientifique annuelle du Collège des médecins de famille du Canada, section Québec, à l'hôtel Bonaventure de Montréal. L'exposé était intitulé: Un bilan de la santé des Québécois.

30 octobre 1984:

Conférence de presse à l'Hôtel du Parc de Montréal, à l'occasion du lancement du rapport *Objectif: santé*.

31 octobre 1984:

Entrevues téléphoniques accordées aux journalistes suivants après le lancement de *Objectif: santé:*

— Leslie Robert de CFCF-RADIO pour l'émission radiophonique On Target;
— Gilles Proulx de CJMS pour l'émission radiophonique Le Journal du Midi;
— Mathias Rioux de CKVL pour l'émission radiophonique Sans détour;
— Claude Poirier de CKVL pour l'émission radiophonique La filière.

2 novembre 1984:

Entrevue téléphonique accordée à Monique de Gramont de la revue *Châtelaine* concernant la promotion de la santé.

5 novembre 1984:

Entrevue téléphonique accordée à Michel Desgagnés de Radio-Canada pour l'émission Présent à la suite du lancement de *Objectif: santé*.

8 novembre 1984:

Entrevue avec Robert Scully de Radio-Canada pour l'émission télévisée Impact.

9 novembre 1984:

Entrevue pour un reportage sur la promotion de la santé de la revue *Vélo-Québec*.

23 novembre 1984:

Participation au colloque de l'Association de la santé publique du Québec, à l'Hôtel du Parc de Montréal. L'exposé avait pour thème La promotion de la santé, une responsabilité partagée.

27 novembre 1984:

Exposé au colloque de la Fédération des affaires sociales à l'auditorium de l'Hôtel-Dieu de Montréal, portant sur La promotion de la santé: une responsabilité partagée.

28 novembre 1984:

Entrevue accordée à madame Christine Ouvrard de l'*Actualité médicale* sur La santé par les méthodes douces.

11 décembre 1984:

Participation, à Tampere en Finlande, au groupe de travail de l'Organisation mondiale de la santé ayant pour thème: On the Role of PHC Personnal in Health Promotion.

8 janvier 1985:

Entrevue à l'émission Télé-Services de Radio-Québec portant sur *Objectif: santé*.

10 janvier 1985:

Interview par Damien Gagnon, journaliste au *Soleil*, portant sur les personnes âgées.

22 janvier 1985:

Entrevue accordée pour l'émission Second regard de Radio-Canada relativement à *Objectif: santé*.

23 au 25 janvier 1985:

Participation à la Conférence de l'Oeuvre belge du cancer à Bruxelles. L'exposé traite du cancer du col utérin.

12 février 1985:

Participation à une ligne ouverte de la station radiophonique CKFM à Shawinigan.

20 mars 1985:

Participation à la Journée pédagogique de médecine familiale tenue à l'auditorium de l'Hôpital Maisonneuve. L'exposé portait sur le bilan de l'état de santé.

Annexe

Liste des publications et documents audiovisuels disponibles

On peut obtenir gratuitement certaines publications et documents audiovisuels du Conseil en s'adressant au Conseil des affaires sociales et de la famille, 1126, chemin Saint-Louis, Sillery, Québec, G1S 1E5 (Tél.: (418) 643-3040). D'autres documents sont en vente dans les librairies de l'Éditeur officiel du Québec.

— Publications concernant la santé

- *Le virage santélogique, scénario pour l'an 2000* (1985)[3] 4,95 $
- *Objectif: santé* (1984)[1] 9,95

De la collection La santé des Québécois[1]

- *Des victoires sur la mort* (1983) 3,95
- *Durée ou qualité de la vie* (1983) 3,95
- *Des problèmes prioritaires* (1983) 4,95
- *Les coûts de la maladie* (1983) 3,95

Dossiers[2]

- *L'impact économique de la maladie au Québec* (1985)
- *Le point sur les habitudes de vie: l'alcool. Données québécoises* (1985)
- *Le point sur les habitudes de vie: le tabac. Données québécoises* (1985)
- *Une analyse multivariée de l'influence de l'environnement socio-économique sur la santé des Québécois* (1985)
- *Estimation des coûts directs de la maladie au Québec en 1980-1981: document technique* (1983)
- *Coûts de la prévention en santé, Québec, 1980-1981: document de travail* (1982)

— Publications ayant trait à la famille

Études et avis

- *La famille demain* (1983)[1] 2,95 $
- *Inventaire des principales mesures et actions du gouvernement du Québec à l'égard des familles* (1982)[1] 3,50 $
- *Concilier maternité et participation au monde du travail* (1981)[2]
- *La natalité au Québec* (1981)[2]
- *La question de l'adoption* (1977)[2]
- *La question du Tribunal de la famille* (1976)[2]

— Publications en rapport avec l'humanisation des soins

Études et avis

- *Le rêve éclaté* (1983)[1] 2,95 $
- *Enquête sur l'accueil à l'enfant handicapé* (1983)[2]
- *Mourir chez-soi* (1981)[2]

— Autres sujets

Études et avis

- *Médicaments ou potions magiques* (1982)[1] 2,95 $
- *L'alimentation à l'école* (1981)[1] 1,50
- *L'éducation sexuelle à l'école: une nécessité* (1981)[1]
- *La protection des droits des bénéficiaires des services de santé et des services sociaux au Québec* (1981)[2]
- *La question de la régionalisation des services de santé et des services sociaux* (1978)[2]
- *La question des indicateurs sociaux* (1977)[2]
- *La question de l'avortement* (1977)[2]
- *La notion de revenu minimum* (1976)[1]

— Rapports annuels

Les rapports annuels des exercices financiers de 1971-1972 à 1981-1982 peuvent être obtenus sans frais, sur demande. Les autres sont disponibles au coût de 2,00 $ chez l'Éditeur officiel du Québec.

---

1 Ces publications sont en vente dans les librairies de l'Éditeur officiel du Québec.

2 Ces documents peuvent être obtenus sans frais, sur demande, au Conseil des affaires sociales et de la famille.

3 Outre les librairies de l'Éditeur officiel du Québec, cet ouvrage se retrouve dans les librairies privées, les kiosques à journaux et les dépanneurs.

Vidéocassettes*

• Informer ... c'est aussi soigner

C'est à travers des témoignages d'hommes, de femmes, de parents confrontés à une réalité difficile que la question de l'information relative au traitement des déséquilibres physiques ou psychiques est soulevée. C'est aussi une occasion de prendre connaissance, chiffres à l'appui, des principales causes de détérioration de la santé au Québec, aux différents âges de la vie et des sommes engagées dans le traitement de certaines d'entre elles.

• Si y'avait eu quelqu'un pour me dire ...

Afin d'alimenter le débat concernant le traitement des désordres mentaux, les propos de parents ayant vécu l'expérience d'une telle atteinte chez leur enfant ont été recueillis. De la décision de recourir à une aide extérieure à celle de faire office de famille d'accueil, en passant par l'hospitalisation sur une ordonnance de la Cour, il est possible de suivre leur long cheminement.

• ... Est à moi c'te maladie-là

Être atteint(e) d'un cancer... condition de plus en plus répandue, désordre de mieux en mieux connu. Mais l'être humain à qui on a accolé ce diagnostic, comment vit-il cette situation? Ce document livre le témoignage prenant, empreint d'une grande lucidité, d'un homme qui a voulu assumer la responsabilité de sa condition jusqu'au bout.

Jeu informatique

• Santé, jouez gagnant

Ce jeu informatique, inspiré des études relatives au bilan de santé et aux coûts de la maladie, a été conçu, à la demande du Conseil, par l'équipe de Télé-Santé de l'Institut de recherches cliniques de Montréal. Ce jeu est disponible pour les utilisateurs de Télidon et ceux de la banque d'information de Télé-Santé parmi lesquels on retrouve les centres hospitaliers, les institutions d'enseignement, les milieux de travail et les organisateurs de foires commerciales, de salons et d'expositions.

---

* Ces trois vidéocassettes, d'une durée d'une vingtaine de minutes chacunes, s'adressent aux organismes, intervenants et décideurs du domaine de la santé, soucieux d'entreprendre ou d'alimenter un débat sur l'humanisation des soins et l'information des malades. On peut obtenir une copie de ces vidéos sur demande au Conseil des affaires sociales et de la famille.